

Lo particular del caso es que la paciente nos juró y perjuró luego que por nada del mundo habría contestado verbalmente a tal pregunta, y aun no se explica como lo hizo por escrito. ¿Fué un acto de automatismo?; no lo sabemos, pero de lo que sí estamos convencidos es de que nunca se nos habría ocurrido hacer verbalmente la pregunta en cuestión en un caso de este género.

2.º Un sujeto de 26 años acude a nosotros en busca de un plan curativo para un estado general de abatimiento y falta de fuerzas que achaca a excesos de trabajo y a disgustos; la consideración de la anamnesis familiar, detalladamente expuesta, gracias al tiempo que tuvo para informarse, nos pone sobre la vía de una enfermedad nerviosa hereditaria (transmitida por la línea materna) en la cual no habríamos pensado, dada la escasa sintomatología actual del enfermo.

3.º Un recién casado viene en busca de alivio para su impotencia. En la hoja automorbográfica, ante la pregunta: "¿Qué imprudencias recuerda haber cometido en perjuicio de su salud?", contesta: "De muchacho me gustaba con delirio subir a los árboles frutales del jardín de casa y un día me caí y me dió un desvanecimiento; como estaba sudado me enfrié y estuve unos días en cama." Y luego añade: "creo que desde entonces no he estado nunca fuerte." Extrañados por esta coletilla ampliamos el interrogatorio con preguntas orales y de ellas deducimos que la ascensión penosa, con el miembro frotando a través de las rugosidades de la corteza arbórea, constituían en realidad un hábito mansturbador disimulado. El paciente sólo conseguía la satisfacción sexual mediante la frotación intensa y rítmica—casi dolorosa—del pene (que le era previamente practicada cuando efectuaba el coito con mujeres fáciles, pero que le resultaba imposible solicitar ante su mujer). Es de notar que este enfermo había visitado antes a varios médicos a todos los cuales había negado enérgicamente que tuviese hábitos onanistas. En realidad nunca se había mansturbado por el procedimiento usual. Únicamente la evocación del detalle antes dicho—que habría pasado desapercibido sin el auxilio de la hoja automorbográfica—nos permitió establecer el mecanismo patogenético de su trastorno. Y así podríamos multiplicar al infinito los ejemplos demostrativos de las ventajas del procedimiento. Mas creemos que no hace falta.

Por consiguiente concluimos proponiendo la divulgación entre los médicos de las hojas automorbográficas (idénticas o similares a las utilizadas por nosotros), afirmando que la práctica de la automorbografía no tiene dificultades dignas de mención.

RESUMÉ

L'auteur après avoir bien montré l'importance extraordinaire que pour le diagnostique clinique a la pratique d'un bon systématique, s'étonne qu'il n'existe qu'un numéro restreint de travaux qui s'oient débié à cet auxiliaire précieux de l'investigation morbore, comparé à ceux qui ont été publiés en faveur d'autres moyens d'exploration.

Il signale les fautes d'un questionnaire tel qu'il est pratiqué ordinairement, et il défend le point de vue que le malade lui-même qui que soit donne autant que possible l'histoire de su maladie par écrit-remplissant avec tout le temps et calme possibles un questionnaire rédigé à cet effet. Il discute les avan-

tages et les inconvénients de cette nouvelle méthode à laquelle il donne le nom d'automorbographie. Ensuite il expose le questionnaire que lui juge bien adapté à son but, et il nous rend encore compte de quelques cas pratiques dans lesquels grace à ce procédé il put arriver à orientier le diagnostique selon des voies pas du tout supposées par lui.

SUMMARY

After showing the extraordinary importance of a good systematic inquiry into the history as regards the clinical diagnosis, the writer is surprised to find only a limited amount of work devoted to this valuable help in the morbid research in comparison with the investigations carried out about other means of exploration.

He points out the defects of the inquiry into the history as it is usually taken. His point of view is that the patient himself—whoever this may be—should give as possible the history of his disease by writing filling up carefully and at leisure a list of questions. He discusses the advantages and disadvantages of his new method which he calls automorboigraphy. Next he puts the questions which he deems well adapted to the purpose and describes several cases where thanks to this procedure he was able to guide the diagnosis along ways quite unsuspected by him.

ZUSAMMENFASSUNG

Der Verfasser deut zunächst auf die äusserst vorteilhafte Verwendung systematischer Fragebogen bei der klinischen Diagnose hin und wundert sich, dass die Zahl der Arbeiten, die sich mit diesem ausgezeichneten Hilfsmittel der Krankheitserkennung beschäftigen, so gering ist im Vergleich zu denen, die sich mit anderen Untersuchungsmitteln beschäftigen.

Er macht auf die Mängel der gebräuchlichen Fragebogen aufmerksam und ist der Ansicht, dass jeder Kranke, soweit es möglich, die Vorgeschichte seiner Krankheit schriftlich durch Ausfüllen eines zu diesem Zweck verfassten Fragebogens angebe, wozu ihm die nötige Zeit und Ruhe zu lassen ist. Der Verfasser erwägt alles was nach seiner Meinung für und gegen diese neue Methode ist und taufst diese bei der Gelegenheit mit dem Namen Automorbographie. Weiter erklärt er einen von ihm verfassten Fragebogen und berichtet über einige Fälle praktischer Anwendung. Es gelang ihm mittels des Verfahrens die Diagnose nach Gesichtspunkten zu orientieren, die sonst kaum anzunehmen gewesen wären.

EL DESPRENDIMIENTO EPIFISARIO DE LA CABEZA FEMORAL

por el doctor

M. SOLER TEROL

Ayudante Honorario de la Facultad de Medicina de Barcelona
Catedrático Dr. Trias

El estudio de las fracturas de cuello de fémur merece una división capital según la edad del paciente: es éste, a nuestro entender, el punto principal sobre el que se ha de insistir siempre, y todas las clasificaciones que de ellas se han hecho, se pueden relacionar con el factor tiempo de osificación, en la edad del desarrollo y con el de rarefacción ósea u osteoporosis senil en la edad avanzada. En la infancia se produce una fractura *capital*, es decir, el desprendimiento de toda la cabeza o epifisis; en la edad senil tenemos la fractura engranada intra articular acompañada o no de un tercer fragmento. Es sólo en la edad de la pubertad que tienen razón de ser toda la variedad de clasificaciones de estas fracturas: cervicales, cervico-trocantéreas, transcervicales, etc., o bien extra o intraarticulares, etcétera; cada una de éstas tiene su característica, pronóstico y tratamiento particular, pero nos limitaremos a los traumatismos de la cadera en la edad juvenil.

De los cinco puntos de osificación que tiene el fémur, los puntos complementarios epifisarios superior e inferior son los últimos en consolidarse, no produciéndose ésta hasta los 18 ó 19 años, y para el punto inferior o intercondíleo puede no ser completa hasta los 20 ó 22 años. Así pues, para el punto epifisario de la cabeza femoral, es hasta aquella fecha más o menos en que observamos el desprendimiento total de la calota femoral.

El traumatismo para producir tal lesión no hay necesidad que sea de importancia, pues más bien por lo general se presenta en accidentes poco aparatosos, ligeras caídas de bicicleta, contusiones directas sobre el trocánter, etc. Es por esto que estas fracturas o desprendimientos se presentan con frecuencia en individuos con predisposición particular, con trastornos de desarrollo óseo, hipotiroides, con alteraciones osteocondríticas, etc.: es esta una de las más frecuentes fracturas que observamos en la osteosartritis juvenil. A veces el traumatismo es tan insignificante que ha pasado desapercibida la lesión inicial, aceptándose como un proceso reumático y que consecutivamente, con la acción de la marcha se ha acentuado el desplazamiento y se ha constituido la lesión típica. De aquí se deduce la necesidad del atento examen de toda lesión de cadera, por insignificante que ésta sea. Con todo lo dicho se comprenderá que LORENZ haya llegado a la conclusión de que "todas las coxa-varas capitales juveniles son consecuencia de desprendimientos epifisarios desapercibidos", por oposición a las coxa-varas cervicales genuinamente raquílicas; esta afirmación aunque parezca un poco radical es perfectamente aceptable cuando que la radiografía nos demuestra la evolución y consolidación de estas lesiones no tratadas o muy deficientemente; unamos esto al factor tiempo—por ejemplo, un año a dos después del traumatismo—y tendremos tal teoría perfectamente comprensible.

¿Qué sintomatología presentan estos enfermos? Hay que hacer una división capital: casos de sintomatología aguda y otros de sintomatología crónica. Como hemos dicho, a veces se nos presentan con un cuadro clínico sin importancia, con ligera claudicación, articulación dolorosa, cierta limitación en los movimientos pasivos, etcétera; en otros estos síntomas están más aumentados, acompañados ya de adducción, rotación externa, fenómeno de Trendelenbourg a veces positivo, pero siendo muy difícil de apreciar el acortamiento real; y por fin tenemos el tercer tipo con una impotencia total, acortamiento visible y todos los demás síntomas característicos de la fractura de cuello. El diagnóstico, en este último caso no ofrece ninguna dificultad, pero sí en los otros dos en que la diferenciación es a veces difícil: clínicamente hay que excluir la osteocondritis juvenil de Legg-Perthes, y la coxitis tuberculosa; las coxa-varas dolorosas de la infancia no serán más—por lo general—que desprendimientos epifisarios desapercibidos. Como hemos visto pues, dentro de una misma lesión hay dos grupos de enfermos y sintomatología: en uno domina un cuadro traumático agudo, el otro se presenta con unas manifestaciones apagadas que hacen el diagnóstico más difícil. La radiografía nos aclarará la

cuestión no dando lugar a dudas: en ella vemos el deslizamiento de la calota epifisaria hacia abajo for-

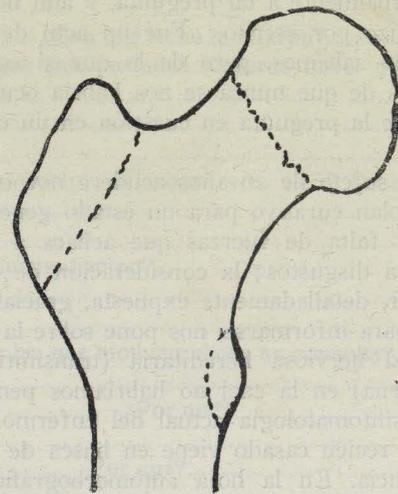


Fig. 1

Fémur normal con sus líneas epifisarias de cabeza y trocánter mayor y menor.

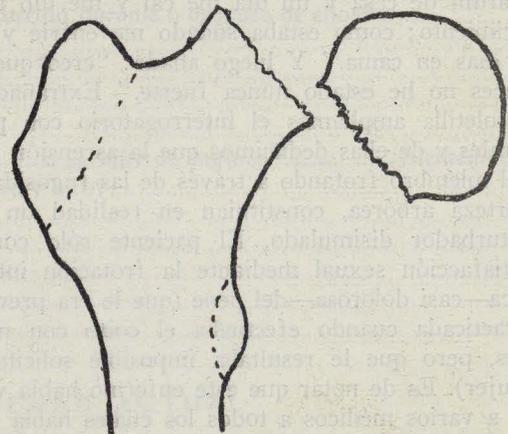


Fig. 2

Desprendimiento de la epifisis hacia abajo. El extremo diafisario se coloca siempre en rotación externa; en este esquema no aparece para mejor comprensión de la lesión.

mando una coxa-vara y colocándose el extremo diafisario en rotación externa, de aquí que los trocánteres

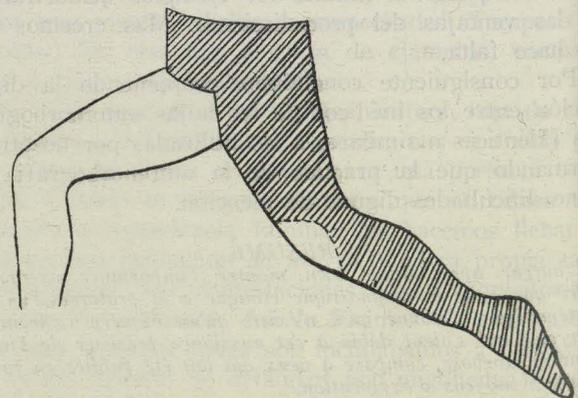


Fig. 3

Posición de corrección; vendaje de yeso comprendiendo de pelvis a pie. Obsérvese la acentuada rotación interna.

mayor y menor quedan superpuestos y no aparecen

NÚME
en la
La
traum
horiz
ducid
miem
posic
saria.
en p
nuevo
Ar

X. X.
na. 10 a
matolo
Despre
epifisar
trocánt
menor
cen po
miemb
ción

On
catio
ossif
chez
ou a
sénil
pagn
La
a éte
qu'un

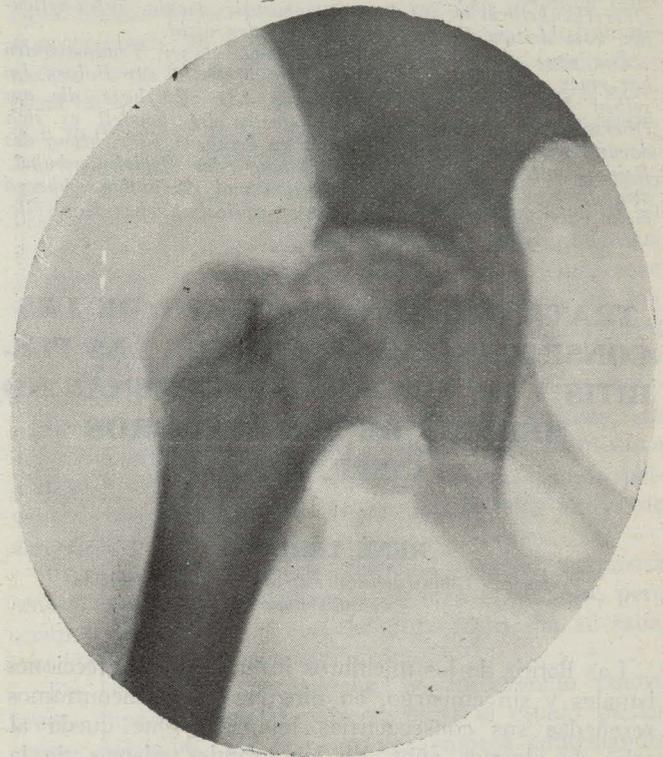
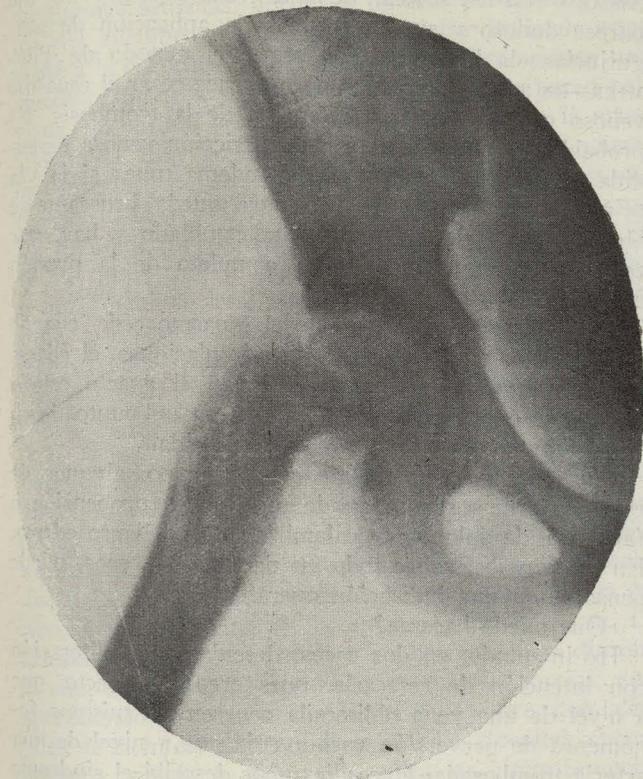
en la pantalla (véase los esquemas adjuntos) Fig. 1 y 2. La nueva concepción sobre la patogenia de estos traumatismos ha ido seguida naturalmente de un nuevo horizonte terapéutico: del mismo modo que se ha producido un deslizamiento de la epífisis estando fijo el miembro, ahora se trata de efectuar lo contrario: reposición de la extremidad estando fija la calota epifisaria. Es a WHITMANN y a LORENZ a quienes debemos en particular el método de reposición que coloca de nuevo al miembro *ab-integrum*.

Anestesia general; flexión forzada, rotación interna

y abducción (inversión *stellung* de LORENZ), dejando la extremidad cual indica el esquema. Fig. 3.

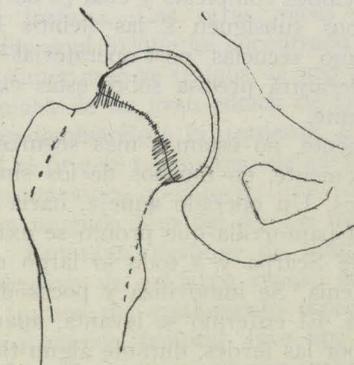
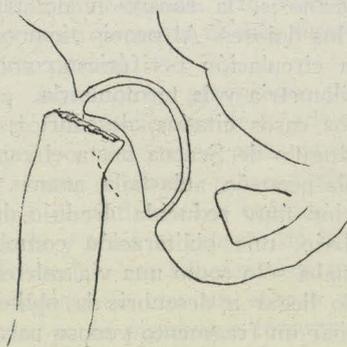
El tiempo de inmovilización debe ser cuanto más mejor, guiándonos siempre el control radiográfico, pues las recidivas son siempre graves exponiéndonos a una pseudoartrosis o al menos a una nueva coxa-vara traumática.

A continuación presentamos dos radiografías con sus esquemas de un caso de desprendimiento epifisario después de un año del traumatismo. Restitución anatómica y funcional íntegra.



Radiografías Dr. Bosóms.

X. X., de Barcelona. 10 años. Sintomatología aguda. Desprendimiento epifisario total. El trocánter mayor y menor no aparecen por estar el miembro en rotación externa.



Corrección: Vendaje de Whitman-Lorenz. Restitución *ab-integrum*

RESUMÉ

On n'a qu'à voir en la puberté toute la variété de classification des fractures de la tete du femur. A cause de leur ossification incomplète; des fractures énormes se produisent chez les enfants - c'est-à-dire, le détachement de la tete entière ou de l'épiphyse. Chez les vieux - provenant de l'ostéoporose sénile, les fractures sont dentelées, intra-articulaires, accompagnées ou pas du troisième fragment.

La nouvelle conception de la pathogénie de ces traumatismes a été suivie d'un nouveau point de vue, thérapeutique. De même qu'un glissement de l'épiphyse, qui était fixée au membre, s'est

produit, il s'agit d'effectuer le contraire placement de l'extrémité-ayant bien ajusté la calote épiphysaire flexion forcée, rotation interne y abduction pendant un temps plus ou moins long et nous guidant par le controle radiographique.

SUMMARY

One has only to see in puberty all the variations of classification of femoral head fractures. Owing to their incomplete ossification huge fractures occur in children, that is, detachment of the whole head or epiphysis. In old people, arising from senile osteoporosis, the fractures are dentated, intra-

articular with or without the third fragment. The new conception of the pathogenesis of these traumas has been followed by a new therapeutic point of view. As there has been a sliding of the epiphysis which was attached to the limb, now the question is to do the opposite: placement of the extremity having well adjusted the epiphyseal caps forced flexion, internal rotation and abduction after more or less time guiding ourselves by the radiographic control.

ZUSAMMENFASSUNG

Bei der Klassifizierung der Oberschenkelbrüche ist ein Hinblick auf das Pubertätsalter angebracht. Infolge unvollständiger Ossifikation sind die Oberschenkelbrüche bei Kindern sehr ausgedehnt, d. h. man findet vollständige Abtrennung des Gelenkkopfes oder der Epiphyse. Im Greisenalter sind die Oberschenkelbrüche infolge Osteoporosis zackig, intra-articulär, vom dritten Fragment begleitet oder nicht.

Die neue Auffassung der Pathogenie dieser Traumatismen hat einen neuen therapeutischen Gesichtspunkt zur Folge. Im selben Masse wie eine Verschiebung der Epiphyse, die am Oberschenkel befestigt war, eingetreten ist, handelt es sich darum, das Umgekehrte zu stande zu bringen: Einrichtung des Beines unter sorgfältiger einfügung der Epiphysenkugel, zwangsweise Flexion, innere Rotation und Abduktion während mehr oder minder langer Zeit unter radioskopischer Kontrolle.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS CONSECUENCIAS LEJANAS DE LAS FLEBITIS Y DE LOS GRANDES EDEMAS NO MÉDICOS DE LOS MIEMBROS INFERIORES

por el doctor

RENÉ LÉRICHE

Profesor de Clínica quirúrgica en la Facultad de Medicina de Strasbourg

Las flebitis de los miembros inferiores son afecciones banales y sin embargo, en ninguna parte encontramos reseñadas sus consecuencias lejanas. ¿Que queda al cabo de algunos años, de los grandes edemas de la "phlegmasia alba dolens" y de las flebitis en báscula? ¿Existen curaciones completas y cual es su mecanismo? ¿Que trastornos subsiguen a las flebitis ligeras, tan frecuentes como secuelas post-operatorias? En vano he buscado literatura precisa sobre estas cuestiones de práctica corriente.

Verdaderamente, no estamos más seguros de lo que hay, anatómicamente, en muchos de los síndromes llamados flebíticos. Un operado aqueja, hacia los 12 días un dolor en la pantorrilla que pronto se extiende hasta el triángulo de Scarpa y a todo lo largo de su vena. Aparece el edema. Se inmoviliza y pocos días después no queda nada. El enfermo se levanta, apareciendo un ligero edema por las tardes, durante algún tiempo, hasta desaparecer por completo. ¿Que ha pasado? ¿Hubo, verdaderamente, flebitis parietal y trombosis obliterante? ¿Si hubo trombosis, donde asienta el coágulo? ¿Hasta donde llega? ¿Se organiza? ¿En caso contrario, que es de él? ¿Cual es el mecanismo del edema en estos casos y porqué un día desaparece? Francamente, no sabemos nada de todo ello y sin embargo, estos casos son tan frecuentes que debiéramos conocerlos mejor.

En las grandes flebitis de la vena femoral, que trans-

forman la vena en un cordón fibroso, la aparición ulterior de varices traduce la falta de permeabilidad de la vía principal. Pero cuando no persiste ningún trastorno venoso aparente, es preciso admitir, parece, que la flebitis ha quedado muy localizada y que la zona obliterada es de pequeñas dimensiones. Creo que se puede interpretar el dolor del comienzo, que se difunde a lo largo del trayecto venoso, como la traducción de una brusca vaso-constricción idéntica a la que provoca, a veces, la inyección intravenosa de un líquido cáustico, tal como ocurre al tratar las varices por el método de SICARD. La existencia de este veno-espasmo no me parece dudoso y supongo que si la aplicación de sanguijuelas—la hirudinización según el método de TERRMIER—es a veces eficaz, es porque hace cesar el espasmo venoso que favorece la extensión de la trombosis. Es probable, asimismo, que esta constricción venosa extendida sea una de las causas del edema, pues si la vía principal de retorno de la sangre queda bruscamente bloqueada, la vía arterial no ha cambiado y hay, por consiguiente, un desequilibrio completo de la presión en el sistema sanguíneo.

Siempre sucede que cuando el espasmo cede, cuando se restablece el equilibrio de las circulaciones, el edema desaparece, quedando el enfermo en el exacto estado en que se encontraría quien llevara en un punto de su vena femoral una ligadura bien tolerada.

Sin embargo, al cabo de cierto tiempo, algunos de estos enfermos se quejan de una mayor propensión a fatigarse, de dolores, de calambres, de un ligero edema. En estos casos, sobre todo en personas jóvenes, puede pensarse en una indicación operatoria.

¿Que puede hacerse?

He intentado, en dos casos, descubrir la obliteración con intención de resecarla, pues creo, en efecto, que a nivel de una vena obliterada ocurren los mismos fenómenos de perversión vaso-motriz que a nivel de una arteria trombosada. Hace diez años describí el síndrome consecutivo a las obliteraciones arteriales y demostré que suprimiendo el segmento obliterado desaparecía el edema, la cianosis, la sensación de frío, la paresia muscular y los dolores. Al propio tiempo, mejora objetivamente la circulación periférica, como pueden probarlo la oscilometría y la termometría.

En los dos casos citados, descubrí la vena femoral desde el triángulo de Scarpa hasta el canal de Hunter, encontrándola pequeña, aplastada, apenas llena, teniendo una circulación muy reducida. Deduje de ello que había, más abajo, una obliteración completa y que la vena funcionaba sólo como una vía colateral secundaria. No pudiendo llegar a descubrir la obliteración, me limité a extirpar un fragmento venoso para su examen y a practicar una simpatectomía femoral. Ambos enfermos se aliviaron mucho y uno de ellos, al que seguí desde 1922 hasta 1925, bien puede decirse que quedó curado. La pared venosa, en este caso, estaba muy alterada histológicamente, aunque no presentaba trazas de inflamación. Su enditelio era normal, pero su capa muscular había desaparecido casi completamente, siendo reemplazada por fibras elásticas. Había, en conclusión, adaptación a las nuevas condiciones circulatorias.